



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

AMANDA DE SOUZA ANDRADE

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTETRA
NO PARTO VAGINAL DE RISCO HABITUAL

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
ENFERMAGEM
NÚCLEO DE ENFERMAGEM

AMANDA DE SOUZA ANDRADE

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTETRA
NO PARTO VAGINAL DE RISCO HABITUAL

TCC apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem em 2018.

Orientador: Prof. Msc. José Flávio de Lima Castro

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2017

AMANDA DE SOUZA ANDRADE

**DIFICULDADES ENCONTRADAS NA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTETRA
NO PARTO VAGINAL DE RISCO HABITUAL**

TCC apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem em 2018.

Aprovado em: 06/11/2017

BANCA EXAMINADORA

Profº. Msc. José Flávio de Lima Castro (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Profº. Dr. Viviane Rolim de Holanda (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Profº. Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Profº. Anvete Leal de Albuquerque (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

RESUMO

Objetivo: conhecer as dificuldades na atuação do enfermeiro obstetra no parto vaginal de risco habitual. **Métodos:** trata-se de um estudo descritivo, transversal e de abordagem qualitativa, realizado em agosto de 2017 com enfermeiros obstetras que atuam em uma sala de parto. Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** após análise das entrevistas de sete enfermeiros, identificou-se seis categorias de dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros como na preparação da gestante quanto ao trabalho de parto, nas estruturas da sala de pré-parto e parto, no reconhecimento da gestão acerca da atuação do enfermeiro obstetra, na inserção e atuação profissional, falta de experiência na área, e a desunião da equipe de enfermagem da sala de parto. **Conclusão:** as dificuldades enfrentadas violam a autonomia do enfermeiro obstetra no trabalho de parto e nascimento.

Palavras-chave | Enfermagem Obstétrica. Sala de Parto. Cuidados de Enfermagem. Parto Normal. Parto Humanizado.

ABSTRACT

Objective: to know the difficulties in the performance of the obstetrician nurse in the vaginal delivery of habitual risk. Methods: This is a descriptive, cross-sectional and qualitative study, conducted in August 2017 with obstetrician nurses working in a delivery room. The content analysis technique was used. Results: after analyzing the interviews of seven nurses, we identified six categories of difficulties faced by nurses, such as the preparation of the pregnant woman in relation to labor, the structures of the preterm and delivery room, the management's recognition of the performance of the obstetrician nurse, insertion and professional performance, lack of experience in the area, and disunity of the nursing staff of the delivery room. Conclusion: the difficulties faced violate the autonomy of the obstetrician nurse in labor and birth.

Keywords: Obstetric Nursing. Delivery Rooms. Nursing Care. Natural Childbirth. Humanizing Delivery.

SUMÁRIO

ARTIGO	6
INTRODUÇÃO	18
MATERIAIS E MÉTODOS	20
CONCLUSÃO	21
REFERÊNCIAS.....	22
ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA.....	25
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	38

ARTIGO

O PRESENTE TRABALHO ESTÁ APRESENTADO NO FORMATO DE ARTIGO REQUERIDO PELA REVISTA **BAHIANA DE ENFERMAGEM**, CUJAS NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS SE ENCONTRAM EM ANEXO.

DIFICULDADES ENCONTRADAS NA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO PARTO VAGINAL DE RISCO HABITUAL

Amanda de Souza Andrade. Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco. Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil.

José Flávio de Lima Castro. Enfermeiro. Mestre em Hebiatria. Professor assistente do núcleo de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco. Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil. E-mail: flaviocastro20@hotmail.com Contato institucional: (81)3114-4101

Resumo| Objetivo: conhecer as dificuldades na atuação do enfermeiro obstetra no parto vaginal de risco habitual. Métodos: trata-se de um estudo descritivo, transversal e de abordagem qualitativa, realizado em agosto de 2017 com enfermeiros obstetras que atuam em uma sala de parto. Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo. Resultados: após análise das entrevistas de sete enfermeiros, identificou-se seis categorias de dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros como na preparação da gestante quanto ao trabalho de parto, nas estruturas da sala de pré-parto e parto, no reconhecimento da gestão acerca da atuação do enfermeiro obstetra, na inserção e atuação profissional, falta de experiência na área, e a desunião da equipe de enfermagem da sala de parto. Conclusão: as dificuldades enfrentadas violam a autonomia do enfermeiro obstetra no trabalho de parto e nascimento.

Palavras-chave | Enfermagem Obstétrica. Sala de Parto. Cuidados de Enfermagem. Parto Normal. Parto Humanizado.

Abstract | Objective: to know the difficulties in the performance of the obstetrician nurse in the vaginal delivery of habitual risk. Methods: This is a descriptive, cross-sectional and qualitative study, conducted in August 2017 with obstetrician nurses working in a delivery room. The content analysis technique was used. Results: after analyzing the interviews of seven nurses, we identified six categories of difficulties faced by nurses, such as the preparation of the pregnant woman in relation to labor, the structures of the preterm and delivery room, the management's recognition of the performance of the obstetrician nurse, insertion and professional performance, lack of experience in the area, and disunity of the nursing staff of the delivery room. Conclusion: the difficulties faced violate the autonomy of the obstetrician nurse in labor and birth.

Keywords: Obstetric Nursing. Delivery Rooms. Nursing Care. Natural Childbirth. Humanizing Delivery.

INTRODUÇÃO

O parto caracteriza-se por ser um processo natural e fisiológico, levando a mudança do papel da mulher, na qual deixa de ser socialmente filha para se tornar mãe. Essa mudança inclui diversos fatores que vão desde o biopsicossocial até o cultural e sentimental. A realização da assistência ao parto sem a priorização destes fatores pode vir a interferir diretamente na percepção e aceitação da gestante/parturiente ao seu trabalho de parto e parto, dificultando o papel de seu protagonismo. Diante desta perspectiva e visando diminuir a morbimortalidade materna e neonatal, foi inserido no cenário do parto o enfermeiro obstetra (1).

Em sua história, os enfermeiros obstetras foram incluídos com a finalidade de prestar assistência à gestante/parturiente a partir dos anos 80⁽²⁾. A profissão sofreu inúmeras modificações, entre elas, a realização de qualificações que objetivaram a incorporação dos profissionais nas salas de parto, através de cursos de especialização/residência em enfermagem obstétrica e portarias ministeriais. Tais iniciativas levaram ao reconhecimento da atuação do profissional de enfermagem na área da obstetrícia⁽³⁾.

A atuação do enfermeiro obstetra foi legitimada com a publicação da lei do exercício profissional n. 7.498, de 25 de Junho de 1986, a qual foi regulamentada pelo Decreto n. 94.406, de 8 de Junho de 1987, que dispõe das atribuições do Enfermeiro Obstetra. Na redação do artigo consta que o enfermeiro obstetra pode realizar a assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera. Compete ainda a identificação das distócias obstétricas e tomada de providências necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir, em conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que julgar necessários, para garantir a segurança do binômio mãe/filho⁽⁴⁾.

Ao decorrer dos anos, conceitos foram se propagando e sendo implementados modelos assistenciais com a finalidade de mudar a ótica e a prática assistencialista dos profissionais da obstetrícia, sobretudo sobre a parturiente e a família. Trata-se da humanização na assistência ao parto. Este modelo de cuidado surgiu, a partir das discussões pela Organização Mundial de Saúde (OMS), as quais foram adotadas pelo Ministério da Saúde, firmado por meio da portaria nº 569 no ano de 2000⁽¹⁾.

O conceito de humanização do parto é bastante diversificado e amplo, envolvendo um conjunto de conhecimentos que se interligam com a finalidade de ajudar a mulher a parir de forma autônoma e respeitosa, priorizando a individualidade das mulheres, seus valores e sua história de vida. Humanizar o parto é favorecer que o profissional respeite e crie condições para que as necessidades da parturiente sejam atendidas⁽³⁾.

Nessa perspectiva humanística, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a participação do enfermeiro obstetra durante o partear e o parto, tomando como referência os cuidados não intervencionistas⁽⁵⁾. Essa afirmação contribui para a redução dos altos índices de mortalidade materna, sendo um importante indicador para avaliação das condições de vida e saúde da população feminina, cujo indicadores mostram, atualmente, a situação crítica de saúde da mulher no Brasil.

A inserção da enfermagem obstétrica na assistência ao parto ocorreu para diminuir os índices de morbimortalidade materna e neonatal, pois, a atuação desde a admissão até a alta,

como também a realização de consultas de enfermagem, exames especializados e manejo baseado em evidências científicas são fatores protetores para a parturiente e o feto. Apesar disso, é cada vez mais frequente a existência de dificuldades na atuação do enfermeiro obstetra no parto vaginal, pois a forma de atuação mais humanística diverge da prática medicalizada sedimentada da obstetrícia médica brasileira, gerando conflitos entre os profissionais⁽⁶⁾.

Apesar de todo respaldo legal da profissão, infelizmente ainda existem dificuldades encontradas em instituições com relação à atuação do enfermeiro obstetra na sala de parto, pois as instituições hospitalares, em sua grande maioria, priorizam a assistência médica em detrimento da enfermagem, porém é necessário um trabalho interdisciplinar para que exista o respeito e a valorização do saber das diversas categorias profissionais⁽⁷⁾. Diante disso, justifica-se este estudo, pois identificou-se as dificuldades na atuação dos enfermeiros obstetras, auxiliando, assim, na reflexão sobre estas, contribuindo para melhores condições de trabalho e reconhecimento profissional no âmbito nacional.

Vários são os discursos que mostram as dificuldades da atuação do enfermeiro obstetra na assistência ao parto, norteadas pelas práticas da humanização. De acordo com a literatura específica, podem ser citados como pontos conflitantes: o ambiente físico inadequado, carência de materiais e recursos humanos, poucos cursos na modalidade “*stricto sensu*”, a falta de preparo técnico, a dificuldade de aceitação do papel do enfermeiro obstetra por parte da equipe médica e a formação profissional regulada pelo modelo biomédico/medicalizado, são alguns dos impasses que se configuram enquanto condições identificadas na prática e que prejudicam o desempenho das atividades laborais do enfermeiro obstetra e equipe⁽⁸⁾.

No tocante às atividades laborais dos enfermeiros obstetras, verificou-se durante a realização da prática curricular da disciplina de saúde da mulher em uma maternidade de médio risco do Nordeste brasileiro, no qual os profissionais eram especialistas, mas não atuavam no trabalho de parto e parto. Diante desse fato, houve a inquietação em compreender, por que os enfermeiros especialistas em obstetrícia que possuem habilidade técnica e respaldo legal não estão atuando na assistência direta aos partos de risco habitual? Assim, partindo do exposto, este estudo tem por objetivo conhecer as dificuldades encontradas na atuação do enfermeiro obstetra no parto vaginal de risco habitual em uma maternidade do Nordeste brasileiro.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e de abordagem qualitativa. O cenário do estudo foi a sala de parto de uma maternidade de referência no município de Vitória de Santo Antão, no estado de Pernambuco, Brasil. Os atores sociais do estudo foram enfermeiros(as) obstetras que atuam diretamente na sala de parto da instituição. A amostra constou com sete enfermeiros(as) obstetras plantonistas, compreendendo todos os profissionais da sala de pré-parto/parto.

A coleta foi realizada em Agosto de 2017 e se deu a partir da aplicação de uma entrevista semiestruturada, composta por questões fechadas (variáveis sociodemográficas) e aberta (questão norteadora). As entrevistas foram realizadas em uma sala isolada no local de trabalho, após o enfermeiro identificar que o setor se encontrava tranquilo para não interferir

nas entrevistadas. No estudo foi levantada a seguinte questão norteadora: quais as dificuldades encontradas na sua atuação nos partos de risco habitual, nesta instituição enquanto enfermeiro obstetra?

As entrevistas foram aplicadas individualmente, sem interrupções de terceiros, com a garantia total da privacidade após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. A cada entrevistado(a) foi dado uma letra do alfabeto: ENF. A, ENF. B, ENF. C, ENF. D, ENF. E, ENF. F e ENF. G a fim de garantir a privacidade dos entrevistados.

Os dados oriundos das entrevistas foram registrados e armazenados com o auxílio do gravador do celular LG K10. Os mesmos foram transcritos na íntegra em um período de 24 horas para evitar quaisquer problemas que levasse a perda dos dados, e logo em seguida, foram lidos exaustivamente, mantendo-se a linguagem padrão.

Para realizar a análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, a qual é um procedimento aplicável a qualquer comunicação e se define por um conjunto de técnicas de comunicações que buscam alcançar, por procedimentos sistemáticos e objetivos, o conteúdo das mensagens e indicadores que possibilitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de recepção destas mensagens. E sua escolha se deu, pois, é comumente usada nos estudos sobre motivações de opiniões, atitudes, valores e crenças⁽⁹⁾.

O plano de análise foi dividido em três etapas, a primeira compreendeu a pré-análise, nela se buscou organizar todo material captado e após foi realizado uma leitura flutuante, segundo os preceitos da exaustividade e representatividade para formulação de um produto final chamado de *corpus*, que foram todos os documentos selecionados. A segunda fase se caracterizou pela explanação do material selecionado, captação dos depoimentos dos entrevistados e construção, a partir da codificação das palavras e extração da representatividade nas informações transcritas, de categorias de sentido. Já a terceira fase correspondeu à categorização com as definições dos núcleos de sentido, tendo como base a grelha de Bardin⁽¹⁰⁾.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPE sob o CAAE nº 57970716.8.0000.5208.

RESULTADOS

A amostra contou com seis enfermeiras obstetras e um do sexo masculino, a faixa etária variou de 28 a 45 anos. O tempo de formado na graduação de enfermagem variou de 5 a 10 anos. Com relação à pós-graduação, cursaram residência em saúde da mulher ou especialização em enfermagem obstétrica. O tempo de atuação direta a parturiente na sala de parto variou de 2 a 6 anos de experiência.

A partir das entrevistas realizadas com os enfermeiros obstetras, foi possível perceber seis categorias temáticas de dificuldades para a atuação, são elas: dificuldades na preparação da gestante quanto ao trabalho de parto e parto no pré-natal; dificuldade organizacional da sala de pré-parto e parto; dificuldade de reconhecimento da gestão acerca da atuação do enfermeiro obstetra na sala de parto; dificuldade de inserção e atuação do enfermeiro obstetra

na sala de parto; falta de experiência profissional da equipe de enfermagem; desunião dos enfermeiros obstetras.

Categoria 1 - Dificuldades na preparação da gestante quanto ao trabalho de parto e parto no pré-natal

O preparo da gestante para o trabalho de parto/parto durante o pré-natal é importante para uma experiência positiva do seu momento, pois quando essa preparação não ocorre, as parturientes, muitas vezes, chegam nas maternidades assustadas e inseguras por não saberem o que está acontecendo e/ou não acreditarem no seu poder para parir e isso pode acabar dificultando a assistência prestada pelo enfermeiro obstetra, conforme ilustra o depoimento a seguir:

[...]a primeira dificuldade que a gente esbarra é a falta de preparação (para o trabalho de parto e parto) no pré-natal [...] (ENF E)

Categoria 2 - Dificuldade organizacional da sala de pré-parto e parto

Nesta categoria verificou-se na percepção de um dos profissionais que a atuação do enfermeiro obstetra estava sendo prejudicada, devido ao número insuficiente de leitos na instituição hospitalar, levando a superlotação no plantão, como pode ser observado na fala a seguir:

Então assim, as dificuldades muitas vezes é o leito, quando às vezes não tem, porque nós temos 6 leitos e muitas vezes, nós estamos com a sala de parto superlotada, então a dificuldade maior é em relação muitas vezes ao leito [...] (ENF A)

Categoria 3 - Dificuldade de reconhecimento da gestão acerca da atuação do enfermeiro obstetra na sala de parto

Verifica-se na fala da entrevistada que a gestão não fortalece a prática do enfermeiro obstetra na assistência ao parto vaginal de risco habitual e essa fragilização da atuação plena leva a subutilização da assistência do enfermeiro obstetra as parturientes. Essa limitação favorece que os enfermeiros especialistas trabalhem a maior parte do plantão na área burocrática ou atuem na assistência direta apenas em momentos em que o médico obstetra, por algum motivo, não esteja presente nos períodos da dilatação e o expulsivo, como é possível identificar nos relatos abaixo:

[...]quando a gente chegou não existia essa cultura do enfermeiro na assistência direta, o enfermeiro ele ficava muito mais com as questões burocráticas, na organização do que com a parturição[...] (ENF D)

[...] mas a instituição também não deixava esse campo tão aberto, então o quê que acontecia, a gente acabava pegando período expulsivo, momento que não tinha profissional médico na sala de parto, então a assistência acabava sendo uma coisa meio acidental [...] (ENF D)

Categoria 4 - Dificuldade de inserção e atuação do enfermeiro obstetra na sala de parto

Os entrevistados relataram que existe dificuldade na inserção do enfermeiro obstetra na sala de parto, devido ao modelo assistencial, já estabelecido, ser centrado no médico obstetra. E como não houve uma reorientação/reorganização com a inserção do enfermeiro especialista, esse novo profissional gera conflito no cenário de parto, como demonstram as falas abaixo:

[...] na verdade é porque já existia uma cultura de atuação apenas pelo médico obstetra e os enfermeiros obstetras entraram depois [...] (ENF B)

[...] como se a gente não tivesse qualificação para atuar no parto [...] (ENF C)

[...] esses entraves com a equipe médica, que a equipe médica ainda tem muita dificuldade de reconhecer o enfermeiro obstetra como alguém capacitado para o atendimento [...] (ENF D)

Outra dificuldade encontrada se relaciona a divergência entre os modelos de assistência prestado a parturiente, pois o modelo assistencial intervencionista médico entra em atrito com o modelo humanista prestado pelo enfermeiro obstetra e esses entraves acabam gerando dificuldades de atuação do enfermeiro obstetra, conforme identificado no depoimento a seguir:

[...] muitas vezes quando eu estou fazendo essa assistência (parto humanizado) o profissional (médico) quer interferir [...] (ENF D)

É importante relatar que de acordo com a fala de três entrevistados foi possível perceber que a autonomia da atuação dos enfermeiros obstetras na assistência ao parto não estava ocorrendo de forma integral, pois a assistência dependia do plantão médico. Os enfermeiros especialistas estavam se adaptando a atuação do médico plantonista, pois dessa forma estão se “adequando” e com isso, minimizando as resistências encontradas.

[...] a dificuldade em si é só isso, em relação ao plantão médico que tiver no dia [...] (ENF B)

Em outros plantões, a gente já sente uma resistência maior com relação aos médicos, mas especificamente no meu plantão não. (ENF C)

[...] a gente acaba que de acordo com a equipe a gente tem uma postura entendeu [...] (ENF E)

O fato de se ter um médico obstetra com mais tempo de profissão no plantão também foi percebido como uma dificuldade para atuação do enfermeiro obstetra, pois identificamos que as participantes do estudo utilizaram expressões como “não confiam”, “não possui costume” e

“desconfiança” quando se referiram a percepção do médico obstetra em relação a atuação do enfermeiro especialista. São, portanto, sinais que demonstram a falta de aceitação e/ou desconhecimento da capacidade técnico-científica do enfermeiro obstetra de prestar assistência a parturiente.

[...] tem muito médico mais velho que eles também não confiam muito, não é nem relação de confiança, é porque eu acho que é costume mesmo [...] (ENF B)

[...] infelizmente os obstetras mais antigos, eles não têm essa visão e talvez não tenham ganho tanta confiança assim na enfermeira obstetra [...] (ENF E)

Eles têm um certo preconceito e desconfiança, como se a gente não tivesse qualificação para atuar no parto [...] (ENF C)

Ao analisar as falas notou-se que os enfermeiros obstetras perceberam resistência quanto a sua atuação não só dos médicos obstetras, mas também por parte da equipe de enfermagem, como se verificam nas falas abaixo:

“[...] a gente ainda tem essa dificuldade, tanto com a nossa equipe técnica de legitimar esse trabalho do enfermeiro que muitas vezes acham que a gente está fazendo uma concessão [...]” (ENF D)

[...] as vezes é mais os colegas mesmo da enfermagem que discrimina (a atuação) [...] (ENF F)

Categoria 5 - Falta de experiência profissional da equipe de enfermagem

A falta de experiência profissional foi considerada uma dificuldade pelos profissionais, ao se verificar palavras como “despreparo”, “inexperiência”, conforme os relatos abaixo:

[...] uma das dificuldades encontradas seria o despreparo da equipe (de enfermagem) [...] (ENF E)

A dificuldade que eu vejo é só quando você não tem experiência [...] (ENF F)

Categoria 6 - Desunião entre os enfermeiros obstetras

A falta de união da equipe de enfermeiros obstetras pode acarretar em uma assistência com falhas, a qual prejudica a atuação com a parturiente no momento do trabalho de parto e parto vaginal. Em uma das entrevistas pode-se observar a falta de união entre os enfermeiros obstetras da sala de parto:

[...] É mais a equipe mesmo dos enfermeiros que infelizmente, o pessoal em vez de se unir, ficam mais querendo achar coisa onde não tem[...] (ENF F)

DISCUSSÃO

É de grande importância que ao decorrer do pré-natal as gestantes sejam orientadas sobre diversos temas que envolvem a gestação e as mudanças que lhe acompanham, entre elas estão os tipos de parto existentes e a forma como ocorre o trabalho de parto e parto⁽¹¹⁾. Tal ação de orientar a mulher sobre o mecanismo da parturição durante o pré-natal é considerado um importante mecanismo para o conhecimento e autonomia da gestante e tem influência direta no desfecho e sentimento positivo do trabalho de parto e nascimento⁽¹²⁾.

Tendo em vista a importância do pré-natal para momento do parto, podemos inferir que quando o pré-natal não é realizado de forma a empoderar a gestante, ela irá chegar ao hospital despreparada para o momento parturitivo, causando tensão, medo, ansiedade e insegurança. Esses sentimentos vão dificultar o seu trabalho de parto e a atuação do enfermeiro obstetra⁽¹³⁾. Um estudo descritivo de abordagem quantitativa realizado em Rio Branco – Acre, identificou que os profissionais de enfermagem enfrentam problemas durante a realização do pré-natal. A orientação e preparação para o parto foi considerada uma dificuldade para 56% das enfermeiras entrevistadas⁽¹⁴⁾.

Nesse sentido, verifica-se que o despreparo do pré-natal vai repercutir no momento do trabalho de parto, pois as parturientes chegam assustadas, sem saber o que está acontecendo com elas e desesperadas com a dor pela contração uterina e muitas vezes, se negam a receber as orientações pelo enfermeiro obstetra, pois querem uma cesariana a pedido⁽¹⁵⁾. E todos esses fatores acabam influenciando diretamente na forma como o enfermeiro obstetra irá conciliar a atuação e as orientações durante o trabalho de parto e nascimento, podendo levar ao aparecimento da violência obstétrica.

No tocante ao número insuficiente de leito na maternidade, verificou-se em um estudo ecológico que utilizou dados em diversos sistemas de informação em saúde brasileiro que ocorreu aumento no número de leitos em UTI adulto e redução dos leitos de obstetrícia⁽¹⁶⁾. Essa constatação é grave, pois a redução no número de leitos vai influenciar diretamente nas superlotações das maternidades, como também ocorrerá um aumento na ocorrência da peregrinação no anteparto⁽¹⁷⁾.

A região nordeste apresentou a maior prevalência de peregrinação no anteparto com 25,1%, segundo os dados do inquérito Nascer no Brasil realizado em 2014⁽¹⁸⁾. Essa realidade negativa leva a parturiente a postergar a assistência durante o trabalho de parto e ao parto, podendo levar as complicações peri e intraparto, as quais podem apresentar como consequência a morte materna e neonatal. Assim, a dificuldade de atendimento é um dos fatores principais para a ocorrência do óbito materno⁽¹⁷⁾.

No que concerne à dificuldade de reconhecimento da gestão/instituição sobre a atuação do enfermeiro obstetra, pode-se relatar que a fragilidade que as instituições promovem a atuação do enfermeiro obstetra, perpassa por valores do senso comum arraigado nos gestores, no qual o médico é o profissional que possui a hegemonia da atuação, resultando na falta de espaço do enfermeiro obstetra na assistência ao parto e com isso, o mesmo atua em momentos que o médico ou não está no momento ou está ocupado em outro procedimento⁽⁷⁾. Esse fato leva a desvalorização das potencialidades e autonomia do enfermeiro obstetra e fere o princípio da multidisciplinaridade.

Quanto à inserção e atuação do enfermeiro obstetra na assistência direta ao parto de risco habitual, verificou-se grande dificuldade de atuação autônoma, pois, possivelmente, os médicos obstetras demonstraram desconhecer as atribuições dos enfermeiros obstetras na

assistência ao parto e ao nascimento, o que gera dificuldade de aceitação de trabalhar em equipe, respeitando os saberes de cada profissão⁽¹⁹⁾.

No Brasil, essa falta de aceitação da inserção do enfermeiro obstetra prevalece, devido, muitas vezes, ao modelo biomédico, medicalizado, vigente nas maternidades e que perpetua através da formação dos cursos médicos de graduação e pós-graduação. Esse modelo tem como foco a doença e a atuação curativa, permeada pelo tecnicismo, que prega o corpo fragmentado e, caso seja identificado um problema, deve-se intervir na falha ou desajuste do organismo⁽²⁰⁾.

Por outro lado, verifica-se que o enfermeiro apresenta uma formação mais holística, tanto na graduação, quanto na pós-graduação em obstetrícia. Essa visão mais ampliada de se fazer saúde é pautada no modelo biopsicossocial. Esse modelo busca formar profissionais que percebem a multifatorialidade que envolve a mulher e o parto dentro de uma perspectiva fisiológica e natural, tendo como enfoque a prevenção e a integralidade do cuidar⁽²¹⁾.

Considerando as duas formas de atuação distintas, verifica-se que os enfermeiros obstetras tendem a enfrentar alguns conflitos no seu âmbito de trabalho, pois a sua forma de atuação é mais humanista, considerando o momento do parto como um processo fisiológico, em que o segredo é a espera e o empoderamento da mulher para que o corpo passe por todas as fases até chegar no período expulsivo, realizando intervenções apenas quando estritamente necessárias⁽²²⁾. No entanto, o modelo biomédico medicalizado já tem uma atuação diferente, pois é mais intervencionista e em que grande parte as intervenções desnecessárias são para acelerar o processo do trabalho de parto⁽²⁰⁾.

Quando se refere a atuação do enfermeiro verificou-se uma resistência na sua atuação. Nesse sentido, mesmo com toda a formação técnico-científica, ainda é possível perceber que os enfermeiros obstetras são subutilizados e muitas vezes, tentam se adequar ao médico plantonista para minimizar a resistência a sua atuação, pois são tratados como auxiliar na assistência ao parto e não como um profissional capaz de partear e assistir a um parto de risco habitual de forma autônoma e com técnicas embasadas em evidências científicas⁽²³⁾. Diante dessa realidade, percebe-se que a atuação do enfermeiro obstetra é coadjuvante na assistência direta a parturiente e suas ações são mais direcionadas para parte administrativa.

Essa forma de enxergar os profissionais da enfermagem obstétrica acaba prejudicando o reconhecimento dessa categoria profissional, pois os enfermeiros acabam ficando na realização de atividades burocráticas e quando atuam na assistência direta a parturiente é por consequência da falta do profissional médico no momento do expulsivo e não por sua capacidade profissional. Então, o trabalho acaba ficando apenas como uma ajuda até a chegada do médico obstetra.

Os técnicos de enfermagem do centro obstétrico também apresentaram resistência a atuação do enfermeiro obstetra. Esse fato ocorre, possivelmente, por desconhecimento da legislação do exercício profissional da enfermagem, pela falta de confiança no profissional, pela inserção de novos integrantes na equipe que leva a uma nova reorganização e, nem sempre essa mudança é bem-vinda⁽²⁴⁾.

No tocante a dificuldade relatada devido à falta de experiência da equipe de enfermagem, podemos observar que essa realidade está relacionada as falhas na formação, a partir dos cursos de pós-graduação *latu sensu*, que apresentam cargas horárias insuficientes para a preparação do futuro enfermeiro obstetra em atuar no pré-parto, parto e puerpério. Outra falha

identificada relaciona-se ao desconhecimento da legislação que respalda sua prática profissional, levando a insegurança de exercer suas funções de forma autônoma⁽⁶⁾.

O sentimento de desunião foi relatado pelos entrevistados e ocorre, devido a conflitos entre profissionais da mesma ou diferentes especialidades, equipes de setores diferentes ou até mesmo membros de uma mesma equipe. E o que se deve priorizar é o gerenciamento de conflito para se buscar o trabalho em equipe, pois no âmbito da saúde, o trabalho em equipe funciona como uma forma de organização das práticas de saúde tendo como base a visão de integralidade priorizada pelo Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, realizar uma assistência em equipe é indispensável para garantir uma saúde efetiva, segura e que traga satisfação tanto para a cliente como para o profissional. Assim, quando o trabalho em equipe não ocorre de forma adequada, presume-se que haverá falhas na assistência prestada, podendo levar a complicações ou óbito materno e/ou neonatal⁽²⁵⁾.

CONCLUSÃO

No desenvolver desse estudo, notou-se, que os enfermeiros obstetras ainda enfrentam dificuldades na sua atuação no parto vaginal de risco habitual. As falas mostraram que as dificuldades sofridas variaram desde problemas estruturais a conflitos com a equipe multidisciplinar do setor.

Dentre os resultados obtidos, o que mais chama a atenção, é que mesmo com todo o preparo técnico-científico através de residências e especializações em saúde da mulher/obstetrícia e respaldo da legislação do exercício profissional, os enfermeiros obstetras ainda enfrentam dificuldades no que diz respeito a sua atuação e autonomia, tanto com a equipe multidisciplinar, quanto com a gestão da instituição que trabalham. Esses problemas ocorrem, possivelmente, devido à falta de conhecimento sobre o poder e autonomia da atuação do enfermeiro obstetra tanto pelos colegas de trabalho, quanto da gestão que os contrata, mas também pela dinâmica da assistência pautada na cultura do modelo biomédico, tendo o médico obstetra como profissional à frente da assistência direta ao parto e esse fato fica claro, quando se verifica o número de médicos (03) e enfermeiros obstetras (01) por plantão.

Deste modo, sabendo da competência e as vantagens da atuação do enfermeiro obstetra, é importante que a instituição realize protocolos para fortalecer a autonomia do enfermeiro especialista e, também, favoreça a conscientização do trabalho em equipe e o respeito aos saberes da equipe de saúde.

É válido destacar as limitações identificadas no estudo, como também possibilidades que podem alavancar novos estudos. A pesquisa foi realizada em apenas uma maternidade do Nordeste brasileiro, o que singulariza a análise das dificuldades da assistência ao parto vaginal prestado pelo enfermeiro obstetra, haja vista que existem outras realidades dessemelhantes.

Nesse sentido, sugerimos que outros estudos ampliem o número de maternidades para conseguir identificar diferentes realidades, como também percebam as particularidades de dificuldade de atuação em modelos diferentes de assistência ao parto como centros obstétricos, casas de parto e centros de parto normais. Outro aspecto de limitação se refere ao perfil da amostra, pois todos os profissionais atuam na rede pública de saúde.

No entanto, é importante considerar as dificuldades encontradas na atuação do enfermeiro obstetra em serviços privados, pois, possivelmente, serão encontrados resultados distintos. Um terceiro aspecto de limitação da pesquisa foi quanto ao vínculo empregatício dos enfermeiros obstetras entrevistados, pois todos são regidos pelas organizações sociais de saúde (OSS) não apresentando estabilidade estatutária e isto, pode ter inibido a exposição das dificuldades na atuação.

No mais, entende-se a importância dessa temática e de novos estudos que busquem identificar determinantes sociais da saúde individuais e coletivos e também, entender cada vez mais esses entraves que comprometem a qualidade e autonomia da assistência do enfermeiro obstetra em âmbito nacional, para fortalecer as políticas públicas em saúde, a partir dos preceitos da Rede Cegonha.

REFERÊNCIAS

- 1-Damaceno, DC. A importância do parto humanizado: atenção da equipe de Enfermagem. FACIDER Rev. Científica, Colíder. 2015; 07: 01. Disponível em: <http://seicesucol.edu.br/revista/index.php/facider/article/view/132/167>
- 2- Sena CD, Santos TCS, Carvalho CMF; Sá ACM, Paixão GPM. Avanços e retrocessos da enfermagem obstétrica no Brasil. Rev. Enferm. UFSM. 2012; 2(3):523-529. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3365/pdf>
- 3- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF); 2001. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf
- 4- Conselho Federal de Enfermagem. Profissional. Decretos. Decreto n. 94.406, de 8 de Junho de 1987, regulamenta a Lei n. 7.498. Dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências.
- 5- Vieira BDG, Moura MAV, Alves VH, Rodrigues DP. A prática dos enfermeiros obstetras egressos da Especialização da escola de enfermagem Anna Nery. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro. 2012 dez; 20(esp1):579-84. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5802/4218>
- 6- Frello AT, Carraro TE, Bernadi MC. Cuidado e conforto no parto: estudos na enfermagem brasileira. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador. 2011; 25(2): 173-184.
- 7- Garcia SAL, Lippi UG, Garcia SAL. O parto assistido por enfermeira obstetra: Perspectivas e controvérsias. RBPS, Fortaleza. 2010 out./dez.; 23(4): 380-388. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/viewFile/2041/2335>
- 8- Ferreira Junior AR, Makuch MY, Osis MJM, Barros NF. Percepções de profissionais de enfermagem sobre a humanização em Obstetrícia. S A N A R E, Sobral. 2015; 14(2): 27-35. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/821/492>
- 9- Minayo MCS, Deslandes SF, Neto OC, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.
- 10- Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edição 70, 1979.

- 11- Lamy GO, Moreno BS. Assistência pré-natal e preparo para o parto. *Om. Sal.* 2013; 10(2):19-35. Disponível em: <http://www.fai.com.br/portal/ojs/index.php/omniasaude/article/viewFile/456/pdf>
- 12- Ferreira AGN, Ribeiro MM, Dias LKS, Ferreira JGN, Ribeiro MA, Neto FRGX. Humanização do parto e nascimento: acolher a parturiente na perspectiva dialógica de Paulo Freire. *Rev enferm UFPE online.* Recife. 2013; 7(5):1398-405. Disponível em: <http://www.fai.com.br/portal/ojs/index.php/omniasaude/article/viewFile/456/pdf>
- 13- Mafetoni RR, Shimo AKK. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa. *Rev Min Enferm.* 2014; 18(2): 505-512.
- 14- Dotto LMG, Moulin MN, Mamede MV. Assistência pré-natal: dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras. *Rev. latino-am. Enfermagem.* 2006 setembro-outubro; 14(5). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a07.pdf
- 15- Tostes NA, Seidl EMF. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. *Temas psicol. Ribeirão Preto.* 2016; 24(2): 681-693. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v24n2/v24n2a15.pdf>
- 16- Silva ALAS, Mendes ACG, Miranda GMD, Neto PMS. Assistência ao parto no Brasil: uma situação crítica ainda não superada. 1999-2013. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife,* abr./jun., 2016; 16 (2): 139-148. Disponível em: <http://br.123dok.com//document/nq7j42oq-assistencia-ao-parto-no-brasil-uma-situacao-critica-ainda-nao-superada-1999-2013.html>
- 17- Ferreira RVF. Fatores associados à peregrinação no anteparto das gestantes da Região Sudeste no Nascer do Brasil [Dissertação]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Amanda/Downloads/ferreirarvfm.pdf>
- 18- Viellas EL, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Filha MMT; Costa, JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro. 2014, 30:85-100. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0085.pdf>
- 19- Fujita JALM; Shimo AKK. Parto humanizado: experiências no sistema único de saúde. *Rev. Min. Enferm.* 2014; 18(4): 1006-1010. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/979>
- 20- Brasil. Ministério da Saúde do Brasil. Apice on: aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetria e neonatologia [Internet]. Biblioteca do Ministério da Saúde do Brasil. 2017. 1-59 p. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/18/Apice-On-2017-08-11.pdf>
- 21- Pereira TTSO, Barros MNS, Augusto MCNA. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. *Mental.* Barbacena-MG. 2011; 17: 523-536. Disponível em: http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/O_Cuidado_em_Sa%C3%BAde_o_Paradigma.pdf

22- Lima MS; Moreira KAP, Melo FRM; Fernandes AFC. Atuação da enfermagem na humanização do parto: uma revisão integrativa., Rev. Tendên. Da Enferm. Profis. 2012; 4(2): 727 – 732. Disponível em: <https://www.even3.com.br/anais/viimostradevry/30362-atuacao-da-enfermagem-ao-parto-humanizado--revisao-integrativa-da-literatura>

23- Araújo NRAS, Oliveira SC. A visão do profissional médico sobre a atuação da enfermeira obstetra no centro obstétrico de um hospital escola da cidade do Recife-Pe. Cogitare Enferm. 2006; 11(1):31-38. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/5969/4270>

24- Souza GCS, Peduzzi M, Silva JAM, Carvalho BG. Trabalho em equipe de enfermagem: circunscrito à profissão ou colaboração interprofissional? Rev. Esc. Enferm. USP. São Paulo. 2016; 50(4):642-649. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n4/pt_0080-6234-reeusp-50-04-0642.pdf

25- Brandt B, Lutfiyya MN, King JA, Chioreso C. A scoping review of interprofessional collaborative practice and education using the lens of Triple Aim. J Interprof Care. 2014; 28(5):393-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24702046>

INTRODUÇÃO

O parto caracteriza-se por ser um processo natural e fisiológico, levando a mudança do papel da mulher, na qual deixa de ser socialmente filha para se tornar mãe. Essa mudança inclui diversos fatores que vão desde o biopsicossocial até o cultural e sentimental. A realização da assistência ao parto sem a priorização destes fatores pode vir a interferir diretamente na percepção e aceitação da gestante/parturiente ao seu trabalho de parto e parto, dificultando o papel de seu protagonismo. Diante desta perspectiva e visando diminuir a morbimortalidade materna e neonatal, foi inserido no cenário do parto o enfermeiro obstetra. Em sua história, os enfermeiros obstetras foram incluídos com a finalidade de prestar assistência à gestante/parturiente a partir dos anos 80. A profissão sofreu inúmeras modificações, entre elas, a realização de qualificações que objetivaram a incorporação dos profissionais nas salas de parto, através de cursos de especialização/residência em enfermagem obstétrica e portarias ministeriais. Tais iniciativas levaram ao reconhecimento da atuação do profissional de enfermagem na área da obstetrícia.

A atuação do enfermeiro obstetra foi legitimada com a publicação da lei do exercício profissional n. 7.498, de 25 de Junho de 1986, a qual foi regulamentada pelo Decreto n. 94.406, de 8 de Junho de 1987, que dispõe das atribuições do Enfermeiro Obstetra. Na redação do artigo consta que o enfermeiro obstetra pode realizar a assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera. Compete ainda a identificação das distócias obstétricas e tomada de providências necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir, em conformidade com sua

capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que julgar necessários, para garantir a segurança do binômio mãe/filho.

Ao decorrer dos anos, conceitos foram se propagando e sendo implementados modelos assistenciais com a finalidade de mudar a ótica e a prática assistencialista dos profissionais da obstetrícia, sobretudo sobre a parturiente e a família. Trata-se da humanização na assistência ao parto. Este modelo de cuidado surgiu, a partir das discussões pela Organização Mundial de Saúde (OMS), as quais foram adotadas pelo Ministério da Saúde, firmado por meio da portaria nº 569 no ano de 2000.

O conceito de humanização do parto é bastante diversificado e amplo, envolvendo um conjunto de conhecimentos que se interligam com a finalidade de ajudar a mulher a parir de forma autônoma e respeitosa, priorizando a individualidade das mulheres, seus valores e sua história de vida. Humanizar o parto é favorecer que o profissional respeite e crie condições para que as necessidades da parturiente sejam atendidas.

Nessa perspectiva humanística, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a participação do enfermeiro obstetra durante o partear e o parto, tomando como referência os cuidados não intervencionistas. Essa afirmação contribui para a redução dos altos índices de mortalidade materna, sendo um importante indicador para avaliação das condições de vida e saúde da população feminina, cujo indicadores mostram, atualmente, a situação crítica de saúde da mulher no Brasil.

A inserção da enfermagem obstétrica na assistência ao parto ocorreu para diminuir os índices de morbimortalidade materna e neonatal, pois, a atuação desde a admissão até a alta, como também a realização de consultas de enfermagem, exames especializados e manejo baseado em evidências científicas são fatores protetores para a parturiente e o feto. Apesar disso, é cada vez mais frequente a existência de dificuldades na atuação do enfermeiro obstetra no parto vaginal, pois a forma de atuação mais humanística diverge da prática medicalizada sedimentada da obstetrícia médica brasileira, gerando conflitos entre os profissionais.

Apesar de todo respaldo legal da profissão, infelizmente ainda existem dificuldades encontradas em instituições com relação à atuação do enfermeiro obstetra na sala de parto, pois as instituições hospitalares, em sua grande maioria, priorizam a assistência médica em detrimento da enfermagem, porém é necessário um trabalho interdisciplinar para que exista o respeito e a valorização do saber das diversas categorias profissionais. Diante disso, justifica-se este estudo, pois identificou-se as dificuldades na atuação dos enfermeiros obstetras, auxiliando, assim, na reflexão sobre estas, contribuindo para melhores condições de trabalho e reconhecimento profissional no âmbito nacional.

Vários são os discursos que mostram as dificuldades da atuação do enfermeiro obstetra na assistência ao parto, norteadas pelas práticas da humanização. De acordo com a literatura específica, podem ser citados como pontos conflitantes: o ambiente físico inadequado, carência de materiais e recursos humanos, poucos cursos na modalidade “*stricto sensu*”, a falta de preparo técnico, a

dificuldade de aceitação do papel do enfermeiro obstetra por parte da equipe médica e a formação profissional regulada pelo modelo biomédico/medicalizado, são alguns dos impasses que se configuram enquanto condições identificadas na prática e que prejudicam o desempenho das atividades laborais do enfermeiro obstetra e equipe⁽⁸⁾.

No tocante às atividades laborais dos enfermeiros obstetras, verificou-se durante a realização da prática curricular da disciplina de saúde da mulher em uma maternidade de médio risco do Nordeste brasileiro, no qual os profissionais eram especialistas, mas não atuavam no trabalho de parto e parto. Diante desse fato, houve a inquietação em compreender, por que os enfermeiros especialistas em obstetrícia que possuem habilidade técnica e respaldo legal não estão atuando na assistência direta aos partos de risco habitual? Assim, partindo do exposto, este estudo tem por objetivo conhecer as dificuldades encontradas na atuação do enfermeiro obstetra no parto vaginal de risco habitual em uma maternidade do Nordeste brasileiro.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e de abordagem qualitativa. O cenário do estudo foi a sala de parto de uma maternidade de referência no município de Vitória de Santo Antão, no estado de Pernambuco, Brasil. Os atores sociais do estudo foram enfermeiros(as) obstetras que atuam diretamente na sala de parto da instituição. A amostra constou com sete enfermeiros(as) obstetras plantonistas, compreendendo todos os profissionais da sala de pré-parto/parto.

A coleta foi realizada em Agosto de 2017 e se deu a partir da aplicação de uma entrevista semiestruturada, composta por questões fechadas (variáveis sociodemográficas) e aberta (questão norteadora). As entrevistas foram realizadas em uma sala isolada no local de trabalho, após o enfermeiro identificar que o setor se encontrava tranquilo para não interferir nas entrevistas. No estudo foi levantada a seguinte questão norteadora: quais as dificuldades encontradas na sua atuação nos partos de risco habitual, nesta instituição enquanto enfermeiro obstetra?

As entrevistas foram aplicadas individualmente, sem interrupções de terceiros, com a garantia total da privacidade após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. A cada entrevistado(a) foi dado uma letra do alfabeto: ENF. A, ENF. B, ENF. C, ENF. D, ENF. E, ENF. F e ENF. G a fim de garantir a privacidade dos entrevistados.

Os dados oriundos das entrevistas foram registrados e armazenados com o auxílio do gravador do celular LG K10. Os mesmos foram transcritos na íntegra em um período de 24 horas para evitar quaisquer problemas que levasse a perda dos dados, e logo em seguida, foram lidos exaustivamente, mantendo-se a linguagem padrão.

Para realizar a análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, a qual é um procedimento aplicável a qualquer comunicação e se define

por um conjunto de técnicas de comunicações que buscam alcançar, por procedimentos sistemáticos e objetivos, o conteúdo das mensagens e indicadores que possibilitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de recepção destas mensagens. E sua escolha se deu, pois, é comumente usada nos estudos sobre motivações de opiniões, atitudes, valores e crenças.

O plano de análise foi dividido em três etapas, a primeira compreendeu a pré-análise, nela se buscou organizar todo material captado e após foi realizado uma leitura flutuante, segundo os preceitos da exaustividade e representatividade para formulação de um produto final chamado de *corpus*, que foram todos os documentos selecionados. A segunda fase se caracterizou pela explanação do material selecionado, captação dos depoimentos dos entrevistados e construção, a partir da codificação das palavras e extração da representatividade nas informações transcritas, de categorias de sentido. Já a terceira fase correspondeu à categorização com as definições dos núcleos de sentido, tendo como base a grelha de Bardin.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPE sob o CAAE nº 57970716.8.0000.5208.

CONCLUSÃO

No desenvolver desse estudo, notou-se, que os enfermeiros obstetras ainda enfrentam dificuldades na sua atuação no parto vaginal de risco habitual. As falas mostraram que as dificuldades sofridas variaram desde problemas estruturais a conflitos com a equipe multidisciplinar do setor.

Dentre os resultados obtidos, o que mais chama a atenção, é que mesmo com todo o preparo técnico-científico através de residências e especializações em saúde da mulher/obstetrícia e respaldo da legislação do exercício profissional, os enfermeiros obstetras ainda enfrentam dificuldades no que diz respeito a sua atuação e autonomia, tanto com a equipe multidisciplinar, quanto com a gestão da instituição que trabalham. Esses problemas ocorrem, possivelmente, devido à falta de conhecimento sobre o poder e autonomia da atuação do enfermeiro obstetra tanto pelos colegas de trabalho, quanto da gestão que os contrata, mas também pela dinâmica da assistência pautada na cultura do modelo biomédico, tendo o médico obstetra como profissional à frente da assistência direta ao parto e esse fato fica claro, quando se verifica o número de médicos (03) e enfermeiros obstetras (01) por plantão.

Deste modo, sabendo da competência e as vantagens da atuação do enfermeiro obstetra, é importante que a instituição realize protocolos para fortalecer a autonomia do enfermeiro especialista e, também, favoreça a conscientização do trabalho em equipe e o respeito aos saberes da equipe de saúde.

É válido destacar as limitações identificadas no estudo, como também possibilidades que podem alavancar novos estudos. A pesquisa foi realizada em apenas uma maternidade do Nordeste brasileiro, o que singulariza a análise das dificuldades da assistência ao parto vaginal prestado pelo enfermeiro obstetra, haja vista que existem outras realidades dessemelhantes.

Nesse sentido, sugerimos que outros estudos ampliem o número de maternidades para conseguir identificar diferentes realidades, como também percebam as particularidades de dificuldade de atuação em modelos diferentes de assistência ao parto como centros obstétricos, casas de parto e centros de parto normais. Outro aspecto de limitação se refere ao perfil da amostra, pois todos os profissionais atuam na rede pública de saúde.

No entanto, é importante considerar as dificuldades encontradas na atuação do enfermeiro obstetra em serviços privados, pois, possivelmente, serão encontrados resultados distintos. Um terceiro aspecto de limitação da pesquisa foi quanto ao vínculo empregatício dos enfermeiros obstetras entrevistados, pois todos são regidos pelas organizações sociais de saúde (OSS) não apresentando estabilidade estatutária e isto, pode ter inibido a exposição das dificuldades na atuação.

No mais, entende-se a importância dessa temática e de novos estudos que busquem identificar determinantes sociais da saúde individuais e coletivos e também, entender cada vez mais esses entraves que comprometem a qualidade e autonomia da assistência do enfermeiro obstetra em âmbito nacional, para fortalecer as políticas públicas em saúde, a partir dos preceitos da Rede Cegonha.

REFERÊNCIAS

- 1-Damaceno, DC. A importância do parto humanizado: atenção da equipe de Enfermagem. FACIDER Rev. Científica, Colíder. 2015; 07: 01. Disponível em: <http://sei-cesucol.edu.br/revista/index.php/facider/article/view/132/167>
- 2- Sena CD, Santos TCS, Carvalho CMF; Sá ACM, Paixão GPM. Avanços e retrocessos da enfermagem obstétrica no Brasil. Rev. Enferm. UFSM. 2012; 2(3):523-529. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3365/pdf>
- 3- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF); 2001. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf
- 4- Conselho Federal de Enfermagem. Profissional. Decretos. Decreto n. 94.406, de 8 de Junho de 1987, regulamenta a Lei n. 7.498. Dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências.
- 5- Vieira BDG, Moura MAV, Alves VH, Rodrigues DP. A prática dos enfermeiros obstetras egressos da Especialização da escola de enfermagem Anna Nery. Rev.

enferm. UERJ, Rio de Janeiro. 2012 dez; 20(esp1):579-84. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5802/4218>

6- Frello AT, Carraro TE, Bernadi MC. Cuidado e conforto no parto: estudos na enfermagem brasileira. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador. 2011; 25(2): 173-184.

7- Garcia SAL, Lippi UG, Garcia SAL. O parto assistido por enfermeira obstetra: Perspectivas e controvérsias. RBPS, Fortaleza. 2010 out./dez.; 23(4): 380-388. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/viewFile/2041/2335>

8- Ferreira Junior AR, Makuch MY, Osis MJM, Barros NF. Percepções de profissionais de enfermagem sobre a humanização em Obstetrícia. S A N A R E, Sobral. 2015; 14(2): 27-35. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/821/492>

9- Minayo MCS, Deslandes SF, Neto OC, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

10- Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edição 70, 1979.

11- Lamy GO, Moreno BS. Assistência pré-natal e preparo para o parto. Om. Sal. 2013; 10(2):19-35. Disponível em: <http://www.fai.com.br/portal/ojs/index.php/omniausaude/article/viewFile/456/pdf>

12- Ferreira AGN, Ribeiro MM, Dias LKS, Ferreira JGN, Ribeiro MA, Neto FRGX. Humanização do parto e nascimento: acolher a parturiente na perspectiva dialógica de Paulo Freire. Rev enferm UFPE online. Recife. 2013; 7(5):1398-405. Disponível em: <http://www.fai.com.br/portal/ojs/index.php/omniausaude/article/viewFile/456/pdf>

13- Mafetoni RR, Shimo AKK. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa. Rev Min Enferm. 2014; 18(2): 505-512.

14- Dotto LMG, Moulin MN, Mamede MV. Assistência pré-natal: dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras. Rev. latino-am. Enfermagem. 2006 setembro-outubro; 14(5). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a07.pdf

15- Tostes NA, Seidl EMF. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. Temas psicol. Ribeirão Preto. 2016; 24(2): 681-693. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v24n2/v24n2a15.pdf>

16- Silva ALAS, Mendes ACG, Miranda GMD, Neto PMS. Assistência ao parto no Brasil: uma situação crítica ainda não superada. 1999-2013. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, abr./jun., 2016; 16 (2): 139-148. Disponível em: <http://br.123dok.com//document/nq7j42oq-assistencia-ao-parto-no-brasil-uma-situacao-critica-ainda-nao-superada-1999-2013.html>

17- Ferreira RVF. Fatores associados à peregrinação no anteparto das gestantes da Região Sudeste no Nascer do Brasil [Dissertação]. Escola Nacional de Saúde

Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Amanda/Downloads/ferreirarvm.pdf>

18- Viellas EL, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Filha MMT; Costa, JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2014, 30:85-100. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0085.pdf>

19- Fujita JALM; Shimo AKK. Parto humanizado: experiências no sistema único de saúde. Rev. Min. Enferm. 2014; 18(4): 1006-1010. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/979>

20- Brasil. Ministério da Saude do Brasil. Apice on: aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetricia e neonatologia [Internet]. Biblioteca do Ministerio da Saude do Brasil. 2017. 1-59 p. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/18/Apice-On-2017-08-11.pdf>

21- Pereira TTSO, Barros MNS, Augusto MCNA. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. Mental. Barbacena-MG. 2011; 17: 523-536. Disponível em: http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/O_Cuidado_em_Sa%C3%BAde_o_Paradigma.pdf

22- Lima MS; Moreira KAP, Melo FRM; Fernandes AFC. Atuação da enfermagem na humanização do parto: uma revisão integrativa., Rev. Tendên. Da Enferm. Profis. 2012; 4(2): 727 – 732. Disponível em: <https://www.even3.com.br/anais/viimostradevry/30362-atuacao-da-enfermagem-ao-parto-humanizado--revisao-integrativa-da-literatura>

23- Araújo NRAS, Oliveira SC. A visão do profissional médico sobre a atuação da enfermeira obstetra no centro obstétrico de um hospital escola da cidade do Recife-Pe. Cogitare Enferm. 2006; 11(1):31-38. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/5969/4270>

24- Souza GCS, Peduzzi M, Silva JAM, Carvalho BG. Trabalho em equipe de enfermagem: circunscrito à profissão ou colaboração interprofissional? Rev. Esc. Enferm. USP. São Paulo. 2016; 50(4):642-649. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n4/pt_0080-6234-reeusp-50-04-0642.pdf

25- Brandt B, Lutfiyya MN, King JA, Chioreso C. A scoping review of interprofessional collaborative practice and education using the lens of Triple Aim. J Interprof Care. 2014; 28(5):393-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24702046>

ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

SEÇÕES PUBLICADAS:

Editorial

Texto de responsabilidade da Comissão Editorial a RBE, que poderá convidar autoridades para redigi-lo.

Artigos originais

Pesquisa original e inédita de natureza empírica, experimental, conceitual, com metodologia (qualitativa ou quantitativa), discussão e interface com a literatura científica nacional e internacional. Limitado a 15 páginas (incluindo resumos, tabelas, ilustrações e referências).

Artigos de revisão

Análise de estudos quantitativos ou qualitativos que tenham por finalidade a busca de evidências. Trata-se de estudos avaliativos críticos, abrangentes e sistematizados, resultantes de pesquisa original, realizados exclusivamente em fontes secundárias. Devem possuir caráter relevante, inovador e expor minuciosamente o método de revisão, descrever o processo de busca e os critérios de inclusão para seleção dos estudos analisados. Devem apresentar uma questão norteadora e responder a esta pergunta de relevância para o campo da enfermagem, saúde, educação e áreas afins. Dentre os métodos utilizados, serão aceitos: metanálise, revisão sistemática e revisão integrativa. Limitado a 17 páginas (incluindo resumos, tabelas, figuras e referências).

Revisão Integrativa: "É um método que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente. É denominada integrativa porque fornece informações mais amplas sobre um assunto/problema, constituindo, assim, um corpo de conhecimento. Deste modo, o revisor/pesquisador pode elaborar uma revisão integrativa com diferentes finalidades, podendo ser direcionada para a definição de conceitos, revisão de teorias ou análise metodológica dos estudos incluídos de um tópico particular."**

Revisão Sistemática: "É um método utilizado para responder a uma pergunta específica sobre um problema específico da área da saúde. É uma síntese rigorosa de todas as pesquisas relacionadas a uma questão/ pergunta específica sobre causa, diagnóstico e prognóstico de um problema de saúde, mas frequentemente envolve a eficácia de uma intervenção para a solução desse problema".3 "Geralmente, os estudos incluídos nessas revisões têm o delineamento de pesquisa experimental e são considerados trabalhos originais, por possuírem rigor metodológico."**

** Ercole FF, Melo LS, Alcoforado CLGC. Revisão integrativa versus revisão sistemática. REME Rev Min Enferm. 2014 jan/mar [citado 2017 mar 18];18(1):1. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/904>

Relato de Experiência

Estudo que descreve vivências individuais ou de grupos (acadêmicas, assistenciais e de extensão) relacionadas ao cuidado, ensino, pesquisa e gestão/gerenciamento no campo da saúde, enfermagem, educação e áreas afins. Deve conter as estratégias de intervenções e ressaltar a sua eficácia e contribuição para a atuação profissional (evidência da relevância), assim como a análise de implicações conceituais. O conteúdo deve ser apresentado de forma a contemplar a introdução, métodos, resultados da experiência e conclusão. Limitado a 10 páginas (incluindo resumos, tabelas e figuras e referências).

Reflexão ou Ensaio

Formulação teórico-discursiva aprofundada, de caráter opinativo ou análise de questões, conceitos ou constructos teórico-metodológicos do campo da saúde, enfermagem, educação e áreas afins. Deve apresentar e estabelecer analogias de diferentes pontos de vista, teóricos e/ou práticos. Limitado a 10 páginas (incluindo resumos, introdução, discussão, conclusão e referências). Pode conter tabelas e ilustrações.

Cartas à Editora

Esta seção publica cartas dirigidas à editora da revista com a intenção de esclarecer, discutir e comentar artigos recentemente publicados pela RBE, expressando concordância ou discordância sobre o assunto abordado, ou relatar pesquisas originais e achados científicos significativos. Limitado a 2 páginas.

Resenhas

Inclui análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde, enfermagem, educação e áreas afins, publicados nos últimos dois anos. A(o)s autora(e)s da resenha devem incluir, no início do texto, a referência completa do livro em conformidade com as normas preconizadas pela RBE. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha a(o)s autora(e)s devem inserir em anexo, na plataforma da RBE, uma reprodução, em alta definição. Limitado a 2 páginas (incluindo referências).

PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO

A RBE utiliza como referência as orientações do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e da Rede EQUATOR destinadas ao aperfeiçoamento da apresentação dos resultados de pesquisas, visando não só aumentar o potencial de publicação como também a divulgação internacional dos artigos. Para tanto, devem ser utilizadas as seguintes guias internacionais:

Estudos/Ensaaios	Guias Internacionais
Ensaio clínico randomizado	<u>CONSORT</u>
Revisões sistemáticas e metanálises	<u>PRISMA</u>
Estudos observacionais em epidemiologia	<u>STROBE</u>
Estudos qualitativos	<u>COREQ</u>

Independente da categoria, os manuscritos para submissão à RBE devem ser preparados da seguinte forma:

- Arquivo do Microsoft® Office Word (*.doc ou *.docx).
- Papel A4 (210x297 mm) e margens de 2 cm em todos os lados.

- Fonte Times New Roman, tamanho 12 (em todo o texto, inclusive nas tabelas), espaçamento de 1,5 entre as linhas em todo o texto (exceto para os resumos, ilustrações e referências, que devem ter espaçamento simples), parágrafos com recuo de 1,25 cm.
- As páginas devem ser numeradas na parte inferior direita, consecutivamente, até as Referências.
- O uso de negrito deve restringir-se ao título do artigo e das seções primárias (Introdução, Material e métodos, Resultados, Discussão, Conclusão) e as Referências do manuscrito.
- Itálico deve ser aplicado somente para destacar termos ou expressões escritas em idiomas diferentes do português, quando esta for a língua de origem.
- Os títulos das seções textuais – Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão – devem ter caixa alta somente na primeira letra, negrito, sem numeração e sem recuo à esquerda.
- Se necessário, é permitida a inclusão de subtítulos em algumas seções textuais, mantendo o mesmo formato do título da seção. Não é permitido o uso de excessivas subseções, palavras de grande extensão e em itálico, e marcadores do Microsoft® Office Word.
- Em caso de abreviações e siglas, na primeira menção, apresentar a descrição por extenso seguida da abreviatura entre parênteses. As abreviações somente deverão ser utilizadas no corpo do texto. Nas notas de rodapé não serão aceitas.
- O alinhamento do texto, incluindo as referências, deve ser justificado, de modo que o texto seja distribuído uniformemente entre as margens.
- As falas de participantes de pesquisas, com recortes das entrevistas, não devem constar entre aspas. Observar a seguinte estrutura: recuo de todo o parágrafo (1,25 cm), fonte tamanho 11, em itálico, espaçamento simples. As falas devem ser identificadas com codificação a critério da(o)s autora(s), com sua identificação apresentada no final de cada uma, entre parênteses e sem itálico e separadas entre si por um espaço simples. Supressões devem ser indicadas pelo uso de reticências entre colchetes. As interpolações devem constar dentro de colchetes (NBR 10520), em fonte normal, não usar itálico.

Exemplos:

Porque eu sei que, no momento que eu fizer o transplante, eu vou ficar de um a dois anos tomando remédio sem poder tomar nada [bebida alcoólica], sem poder fazer a metade do que eu faço agora. Eu prefiro ficar na máquina, vir aqui quatro horas, três vezes por semana, sai da máquina, chego em casa e tomo uma cerveja [risos]. (P2).

Comecei a fazer os exames, mas depois uns aparelhos não estavam funcionando, tinha que arrumar um dentista [...] O tratamento é caro. Aí eu fiquei bem desanimada. Aí eu parei [...] (P3).

- As citações numéricas dos autores (Vancouver) devem ser apresentadas no texto, de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas. As Referências devem ser numeradas de acordo com a sequência em que as obras d(o)s autora(s) foram citadas. Evitar a inclusão de número excessivo de referências na mesma citação.
- A numeração das citações deve ser consecutiva, de acordo com o sistema numérico, com algarismos arábicos, sobrescritos e entre parênteses, sem menção do nome dos autores (exceto os que constituem referencial teórico). Quando forem sequenciais, indicar o primeiro e o último número separados por hífen, sem espaço entre a palavra e o número da citação e precedendo o ponto final, ex.: (1-4). Quando intercaladas, os números deverão ser separados por vírgula, sem espaço entre eles, ex.: (1-2,4). Nas citações não deve ser mencionado o nome dos autores, excluindo-se expressões como “segundo ...”, “de acordo com ...”, entre outras.
- Nas citações de autores *ipsis litteris* (citação direta), com até três linhas, usar aspas iniciais e finais, sem itálico e inseri-las na sequência normal do texto. Nestes casos, o número da página deverá ser informado após o número da citação e dele separado por dois pontos, ex.: (1:35). Recomenda-se a

utilização criteriosa desse recurso, de acordo com a norma da ABNT NBR 10520/2002 (Informação e Documentação – Citações em documentos – Apresentação).

- Não devem ser utilizadas citações diretas com mais de três linhas.
- Quando a citação estiver inserida no final do parágrafo ou da frase, o número que lhe corresponde deve ser colocado antes do ponto final; quando inserida ao lado de uma vírgula, deve constar antes dela. Não deve haver espaço entre o número da referência e a palavra ou pontuação que a antecede.
- Não inserir citações na seção Conclusão.
- Deve ser usado o mínimo de siglas e somente após terem sido citadas por extenso no texto; não usar siglas em títulos de artigo e de seção, no resumo, nas ilustrações e nas tabelas.

ESTRUTURA

A estrutura do manuscrito deve seguir a seguinte ordem:

Título

Deve refletir o objeto do estudo, ser conciso e compreensível. Possuir no máximo 15 palavras, no idioma de origem, em negrito e caixa alta. Não devem ser usadas abreviaturas e siglas.

Resumo

Redigido em parágrafo único, no idioma de origem do manuscrito (português, inglês e espanhol) com espaçamento simples entre linhas, contendo até 150 palavras no idioma do manuscrito. Estruturado em Objetivo(s), Método, Resultados e Conclusão, sem destacar essas expressões com negrito. Descrever a conclusão para responder ao(s) objetivo(s) do estudo. Não deve conter siglas ou abreviaturas não padronizadas internacionalmente.

As informações apresentadas devem assegurar a clareza do texto e a fidedignidade dos dados; jamais apresentar dados divergentes.

Para os artigos em português, os resumos em inglês (Abstract) e espanhol (Resumen) serão exigidos apenas para os artigos que forem aceitos para a publicação na tradução do texto na íntegra. E para os artigos em outros idiomas após aceitos para a publicação serão exigidos o resumo e o texto na íntegra em português

Descritores

Usar três a seis descritores que identifiquem a temática do estudo, localizados logo após os resumos. Usar a terminologia descritores para os textos em português, descriptors em inglês e descriptores em espanhol. Devem ser extraídos do vocabulário Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) elaborado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) ou Medical Subject Headings (MeSH) elaborado pela National Library of Medicine (NLM).

Devem ser separados entre si por ponto e ter as primeiras letras de cada palavra do descritor em caixa-alta, exceto artigos e preposições.

Introdução

Deve situar o tema da pesquisa enquanto objeto de relevância científica e social. Conter a problemática do estudo, objeto de estudo, justificativa, explicitação dos conceitos utilizados, justificar a importância e as lacunas do conhecimento, com base em referências nacionais e internacionais atualizadas.

O texto deve apresentar nexos, sequência lógica e designação completa das siglas e abreviaturas de forma a preceder a primeira ocorrência destas no texto (a menos que se trate de uma unidade de medida padrão). O(s) Objetivo(s) deve(m) ser inserido(s) no final da Introdução e corresponder ao(s) do resumo.

Objetivo(s)

Deve(m) estabelecer a questão principal, hipóteses e/ou pressupostos e iniciar com o verbo no infinitivo.

Método

Deve ser adequado ao tipo e objeto de estudo proposto e descrever de forma clara, concisa e completa o tipo e a natureza da pesquisa, campo/lócus, população/amostra/participantes, critérios de inclusão e exclusão, período e procedimentos/materiais adotados na coleta de dados, instrumento(s) utilizado(s), análise e tratamento dos dados e aspectos éticos.

É necessário apresentar, em documento anexo, o protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, o número do CAEE obtido na plataforma Brasil e informar, no texto, sua condução de acordo com os padrões éticos exigidos. Em caso de pesquisas realizadas em outros países, deverá ser enviado, em anexo, um documento comprobatório de obediência às normas equivalentes ao país de origem da pesquisa. Em se tratando de ensaio clínico, deve ser apresentado o número de identificação do estudo num dos sistemas de Registro de Ensaios Clínicos validados pela World Health Organization (WHO) e pelo ICMJE, e estar de acordo com as recomendações da BIREME, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e WHO sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados.

Resultados

Descrever os resultados sem discuti-los e sem citação de autores. Os resultados devem ser coerentes com o(s) objetivo(s) do estudo, apresentar nexos e sequência lógica. Caso sejam utilizadas ilustrações, devem ser inseridas no corpo do texto (máximo de cinco). Deste modo, deve ser exposta a descrição sumária dos principais resultados, sem repetir o inteiro teor do conteúdo das ilustrações e tabelas.

Discussão

A discussão deve ser apresentada separadamente dos resultados, admitindo-se exceção para estudos qualitativos, coerente com os resultados, ter argumentação pertinente e consistente, estar fundamentada nos conceitos/teoria/referencial adotados. O texto deve apresentar nexos e sequência lógica. Deve destacar os resultados e sua relação com a literatura nacional e internacional, ressaltando os aspectos novos e/ou fundamentais, as limitações do estudo e a indicação de novas pesquisas.

Não repetir em detalhes informações inseridas nas seções Introdução ou Resultados. Nos estudos experimentais, deve-se começar a discussão com um breve resumo dos principais achados e, na

sequência, explorar as possíveis relações/explicações para esses resultados, comparando-os e contrastando-os com outros estudos relevantes nacionais e internacionais.

Ao final da Discussão, apresentar as limitações e contribuições do estudo.

Conclusão

Deve estar coerente com o objeto/questão norteadora, objetivo(s) e resultados do estudo, e limitar-se às evidências descritas no manuscrito. O texto deve apresentar nexos e sequência lógica.

Tabelas

As tabelas devem ser apresentadas conforme as Normas de Apresentação Tabular do IBGE, disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>.

- Devem ter título informativo, conciso e claro, contendo “o que”, “de quem”, cidade, sigla do Estado, país, ano da coleta de dados, seguido de ponto, localizado acima da tabela. Na sequência, informar o tamanho da amostra estudada entre parênteses precedido da letra N. Não deve ter ponto final.

Exemplo: Tabela 1 – Distribuição das mulheres vítimas de violência doméstica, segundo idade, cor, estado civil e escolaridade. Salvador, Bahia, Brasil, 2014. (N=209)

- Os dados devem estar separados corretamente por linhas e colunas de forma que esteja, cada dado, numa casela.

- Devem possuir traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e no fechamento na parte inferior. Devem ser abertas lateralmente.

- Usar a mesma fonte do texto (Times New Roman, tamanho 12), com espaçamento simples entre linhas, negrito apenas no cabeçalho, caixa alta apenas nas iniciais da variável e nas abreviaturas e siglas padronizadas.

- Não são permitidos: quebras de linhas utilizando a tecla Enter, recuos utilizando a tecla Tab, espaços para separar os dados, sublinhado, marcadores do Microsoft® Office Word e cores nas células.

- Evitar tabelas extensas.

- Tabelas muito curtas devem ser convertidas em texto.

- A legenda deve estar localizada após a linha inferior da tabela, restrita ao mínimo necessário, sem negrito, apresentando os termos em caixa alta separados da descrição por dois pontos (ex.: VCM: volume corpuscular médio). Entre as legendas, deve-se usar ponto e vírgula. Usar fonte Times New Roman, tamanho 10. O teste estatístico utilizado deve ser mencionado na legenda.

- Os conteúdos das colunas, complementar ao título, deve estar indicado no cabeçalho da tabela, sob a forma de %, n, média, mediana, p-valor, entre outros; citar a fonte abaixo da linha inferior da tabela ou abaixo da legenda (se existir). Ex.: Fonte: Elaboração própria.; Fonte: Datasus (2014); Fonte: Tuomi et al. (2011).

Ilustrações

É permitido o uso de gráficos, quadros, mapas, diagramas, fluxogramas, desenhos e fotografias entre outros.

- Devem estar inseridas obrigatoriamente no corpo do texto e não no final do manuscrito.
- As ilustrações devem possuir no máximo 17 cm no comprimento e não devem ser muito extensas.
- Devem estar inseridas logo após a primeira menção no texto, citadas com a inicial maiúscula e sequência numérica em algarismos arábicos, “Quadro 1”, sem parênteses quando inserida no contexto da frase “De acordo com a Quadro 1” e entre parênteses quando em formato de citação “não houve diferenças estatisticamente significantes (Quadro 1)”.
- Devem ser autoexplicativas e contribuir para a compreensão dos resultados.

Seguir as especificações a seguir:

Quadros

Os quadros devem ser apresentados conforme a norma da ABNT NBR 14724/2011 (Informação e documentação – Trabalhos Acadêmicos – Apresentação).

- Título informativo, conciso e claro, expressando o conteúdo do quadro, localizado na parte superior.
- Difere das tabelas principalmente por conter dados textuais, são fechados nas laterais e contém linhas internas.
- Mesma fonte do texto (Times New Roman, tamanho 12), com espaçamento simples entre linhas, negrito apenas no cabeçalho, caixa alta apenas nas iniciais das variáveis; não usar abreviaturas e siglas, mesmo as padronizadas.
- Evitar quadros extensos.
- Quando o quadro não for de autoria própria deve ter a fonte citada abaixo do título. A legenda, se existir, segue o mesmo formato das tabelas e deve estar localizada antes da fonte do quadro, em linha diferente.
- Quando o quadro for de autoria própria deve constar a expressão: Elaboração própria.

Gráficos

- Não devem repetir os dados representados nas tabelas.
- Título informativo, conciso e claro, expressando o conteúdo e localizado na parte superior.
- Devem estar totalmente legíveis, nítidos e autoexplicativos.

Fotos/ Mapas

- Devem possuir alta resolução (mínimo de 900 dpi) e estar plenamente legíveis e nítidos.
- Se as fotos forem referentes a pessoas, devem ser tratadas para impedir que sejam identificadas.
- A forma de menção e o título seguem as mesmas orientações para os quadros.

Referências

Utiliza-se nessa seção o título “Referências” e não “Referências bibliográficas”. Devem ser digitadas em espaço simples e separadas por um espaço simples. Devem ser numeradas de acordo com a ordem numérica de citação do corpo do texto. Recuar as demais linhas da mesma referência, quando for o caso, de modo que fiquem alinhadas com a primeira letra da primeira linha.

As fontes citadas devem estar coerentes com o objeto do estudo e estritamente pertinentes ao assunto abordado. Em sua maioria, devem estar atualizadas (no mínimo 50% publicadas nos últimos 5 anos), de acordo com a literatura científica nacional e internacional. Sugere-se a citação de pelo menos 5 artigos referentes a estudos internacionais, os quais não incluem estudos brasileiros publicados na língua inglesa ou outro idioma diferente do português.

A RBE adota o estilo Vancouver para citação e elaboração de referências, disponível no endereço eletrônico (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>).

Os títulos dos periódicos internacionais devem ser abreviados de acordo com a List of Journals Indexed for MEDLINE, publicada anualmente, pela National Library of Medicine (<https://www.nlm.nih.gov/archive/20130415/tsd/serials/lji.html>).

Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) (<http://portal.revistas.bvs.br>). Deve-se eliminar os pontos das abreviaturas, com exceção do último ponto para separar do ano.

Para os Artigos Originais, devem ser utilizadas no máximo 25 referências. Nos Artigos de Revisão não há limite máximo de referências; deve-se observar o número de páginas para esta modalidade de artigo segundo as normas da RBE.

No caso de usar algum software de gerenciamento de referências (p. ex.: EndNote), deve-se convertê-las para texto.

Modelos de Referências

Artigo padrão

Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med.* 1996 Jun 1;124(11):980-3.

Artigo com mais de seis autores

Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood Leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. *Br J Cancer.* 1996 Apr;73(8):1006-12.

Artigo com Organização como Autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust.* 1996 Mar 4;164(5):282-4.

Artigo de autoria pessoal e organizacional

Vallancien G, Emberton M, Harving N, van Moorselaar RJ, Alf-One Study Group. Sexual dysfunction in 1,274 European men suffering from lower urinary tract symptoms. *J Urol.* 2003 Jun;169(6):2257-61.

Artigo com múltiplas organizações como autor

American Dietetic Association; Dietitians of Canada. Position of the American Dietetic Association and Dietitians of Canada: nutrition and women's health. J Am Diet Assoc. 2004 Jun;104(6):984-1001.

Artigo sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J. 1994;84:15.

Artigo em outro idioma

[Obs.: a National Library of Medicine traduz o título para o idioma inglês, encerra a tradução entre colchetes e acrescenta uma designação abreviada do idioma]

Ellingsen AE, Wilhelmsen I. Sykdomsangst blant medisin og jusstudenter. Tidsskr Nor Laegeforen. 2002;122(8):785-7.

Artigo num volume com suplemento

Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. Environ Health Perspect. 1994;102 Suppl 1:275-82.

Artigo num número com suplemento

Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. Semin Oncol. 1996;23(1 Suppl 2):89-97.

Artigo num número sem volume

Turan I, Wredmark T, Fellander-Tsai L. Arthroscopic ankle arthrodesis in rheumatoid arthritis. Clin Orthop. 1995;(320):110-4.

Artigo sem número e sem volume

Browell DA, Lennard TW. Immunologic status of the cancer patient and the effects of blood transfusion on antitumor responses. Curr Opin Gen Surg 913:325-33.

Artigo num volume publicado em partes

Abend SM, Kulish N. The psychoanalytic method from an epistemological viewpoint. Int J Psychoanal. 2002;83 Pt 2:491-5.

Artigo num número publicado em partes

Rilling WS, Drooz A. Multidisciplinary management of hepatocellular carcinoma. J Vasc Interv Radiol. 2002;13(9 Pt 2):S259-63.

Artigo num número especial

Rocha SMM, Boemer MR. Impacto social da pesquisa em enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 1992;26(spe):49-60.

Paginação em algarismos romanos

Fisher GA, Sikic BI. Drug resistance in clinical oncology and hematology. Introduction. Hematol Oncol Clin North Am. 1995 Apr;9(2):xi-xii.

Artigo com indicação do tipo de publicação, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [letter]. Lancet 1996;347:1337.

Clement J, De Bock R. Hematological complications of hantavirus nephropathy (HVN) [abstract]. *Kidney Int.* 1992;42:1285.

Artigo contendo retração

Garey CE, Schwarzman AL, Rise ML, Seyfried TN. Ceruloplasmin gene defect associated with epilepsy in el mice [retração de Garey CE, Schwarzman AL, Rise ML, Seyfried TN. In: *Nat Genet.* 1994; 6:426-31]. *Nat Genet.* 1995;11:104.

Artigo retratado

Liou GI, Wang M, Matragoon S. Precocious IRBP gene expression. during mouse development [retracted in *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 1994;35:3127]. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 1994;35:1083-8.

Artigos com publicação de errata

Hamlin JA, Kahn AM. Herniography in symptomatic patients following inguinal hernia repair [errata publicada aparece em *West J Med.* 1995;162:278]. *West J Med.* 1995;162:28-31.

Artigos no prelo (In press)

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med.* No prelo. 1996.

Artigo provido de DOI

Oliveira BS, Silva ACO, Azevedo PR, Silva LDC. Impacto da doença coronariana no cotidiano das mulheres. *Rev baiana enferm.* 2016;30(1):305-15. DOI: 10.18471/rbe.v1i1.14591

Artigo publicado em revista comercial e jornal

O capítulo final de uma paixão. *Veja (São Paulo).* 2017 fev 15; 50(7):78-85.

Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. *The Washington Post.* 2002 Aug 12; Sect. A:2 (col. 4).

Livro com individuo como autor

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

Livro com Organizador, Editor, Coordenador como Autor

Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Livro com Organização como autor e editora

Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; 1992.

Livro com Organização como autor

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Programa Farmácia Popular do Brasil: manual básico. Brasília; 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Capítulo de livro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

Dissertação e Tese

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis (MO): Washington University; 1995.

Resumo, editorial e resenha

Garcia LP, Duarte E. A Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde ingressa na Coleção SciELO Brasil [editorial]. Epidemiol Serv Saúde. 2014 jul-set;23(3):387-8.

Anais de congresso

Oliveira IL Apresentação. In: Congresso Brasileiro de Pesquisadores em Comunicação Organizacional e Relações Públicas, 6, 2012, São Luis, MA. Anais (on-line) São Paulo: Abrapcorp, 2012. [citado 2016 nov 12]. Disponível em: <http://www.abrapcorp.org.br/anais2012/apresentacao.htm>

Relatório científico ou técnico

Publicado pela agência patrocinadora:

Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX): Dept of Health and Human Services (US), Office of Evaluation and Inspections; 1994 Oct. Report N: HHSIGOEI69200860.

Publicado pela agência organizadora:

Field MJ, Tranquada RE, Feasley JC, editors. Health services research: work force and educational issues. Washington: National Academy Press; 1995. Contract N: AHCP282942008. Sponsored by the Agency for Health Care Policy and Research.

Patente

Larsen CE, Trip R, Johnson CR, inventors; Novoste Corporation, assignee. Methods for procedures related to the electrophysiology of the heart. US patent 5,529,067. 1995 Jun 25.

Ata de reunião (documento não previsto na Norma Vancouver):

Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. Ata de reunião realizada no dia 25 set 1996. Livro 400:13. Regimento Interno da Revista Baiana de Enfermagem. Salvador (BA): EEUFBA; 1996 set 25.

Documentos legais (Adaptado)

Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília (DF): 1986 26 jun; Seção 1:1.

Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n.196/96 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF; 1996.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. 18a ed. Brasília, DF: Senado; 1988.

São Paulo (Estado). Lei nº 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo. São Paulo, 18 mar 1999; Seção 1:1.

Mapa

North Carolina. Tuberculosis rates per 100,000 population, 1990 [demographic map]. Raleigh: North Carolina Dept of Environment, Health, and Natural Resources, Div of Epidemiology; 1991.

Texto da Bíblia

The Holy Bible. King James version. Grand Rapids (MI): Zondervan Publishing House; 1995. Ruth 3:1-18.

Dicionários e Referência similares

Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

Obras clássicas

The Winter's Tale: act 5, scene 1, lines 13-16. The complete works of William Shakespeare. London: Rex; 1973.

Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

Programa de Computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Material para meio eletrônico

CD-ROM

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

Artigo em formato eletrônico

Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [serial on the Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 3 p]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

Artigo publicado em meio eletrônico, antes da versão impressa (ahead of print)

Yu WM, Hawley TS, Hawley RG, Qu CK. Immortalization of yolk sac-derived precursor cells. Blood. 2002 Nov 15;100(10):3828-31. Epub 2002 Jul 5.

Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [monograph on CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

Monografia na Internet

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [monograph on the Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>

Documento Legal de meio eletrônico

Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1990 [citado 2014 mar 10]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>.

Página eletrônica/endereço eletrônico

Cancer-Pain.org [homepage on the Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [cited 2002 July 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>

Parte de uma página eletrônica/endereço eletrônico

American Medical Association [homepage on the Internet]. Chicago: The Association; c1995-2002 [cited 2002 Aug 12]. AMA Office of Group Practice Liaison; [about 2 screens]. Available from: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/1736.html>

Banco de dados na Internet

Banco de dados aberto:

Who's Certified [database on the Internet]. Evanston (IL): The American Board of Medical Specialists. c2000 - [cited 2001 Mar 8]. Available from: <http://www.abms.org/newsearch.asp>

Banco de dados fechado:

Jablonski S. Online Multiple Congenital Anomaly/Mental Retardation (MCA/MR) Syndromes [database on the Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US). c1999 [cited 2002 Aug 12]. Available from: http://www.nlm.nih.gov/mesh/jablonski/syndrome_title.html

Parte de um banco de dados na Internet

MeSH Browser [database on the Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2002 [cited 2003 Jun 10]. Metaanalysis; unique ID: D015201; [about 3 p]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html> Files updated weekly

Blogs

Blog da Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2000 [citado 2009 fev 13]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/>

Contribuição para um Blog

Mantone J. Head trauma haunts many, researchers say. 2008 Jan 9 [cited 2009 Feb 13]. In: Wall Street Journal. HEALTH BLOG [Internet]. New York: Dow Jones & Company, Inc. c2008 [about 1 screen]. Available from: <http://blogs.wsj.com/health/2008/01/29/head-traumahaunts-many-researchers-say/>

Não é permitida a citação de trabalhos de conclusão de curso de graduação. Não usar referências que não possam ser recuperadas no original pelo(a) leitor(a), tais como: publicações isoladas (livros, apostilas, anais), materiais de suporte (dicionários, estatística e outros). No caso de teses e dissertações, recomenda-se que sejam citados, preferencialmente, os artigos delas oriundos.

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: DIFICULDADES ENCONTRADAS NA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO PARTO VAGINAL DE BAIXO RISCO

Pesquisador: JOSÉ FLÁVIO DE LIMA CASTRO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57970716.8.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.727.946

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma proposta de Trabalho de Conclusão de Curso - TCC, do curso de enfermagem, da, Universidade Federal de Vitória -CAVE. Apresenta como pesquisador Responsável o Profº Msc. José Flávio de Lima Castro, orientando a acadêmica Laryssa Priscilla melo dos santos Alves

Objetivo da Pesquisa:**OBJETIVO GERAL**

- Analisar as dificuldades encontradas na atuação do enfermeiro obstetra no parto vaginal de baixo risco.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico;

- Verificar as dificuldades encontradas na atuação do enfermeiro obstetra no parto vaginal de baixo risco.

